

ORIGINALES

Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo

M. Viñas Maestre^a y S. Castel Simón^b^aServicio de Neumología. Hospital de Sant Pablo. ^bServicio de Vascular de la Clínica Sagrada Familia. Barcelona.

Objetivo. Conocer la opinión y las expectativas de los profesionales que trabajan en centros de atención primaria sobre el trabajo en equipo.

Diseño. Estudio cualitativo. Grupo focal.

Emplazamiento. El estudio se realizó durante el mes de mayo de 1997 en los siguientes centros de atención primaria: CAP Nord de Terrassa, CAP Sant Llatzer de Terrassa y CAP Antón de Borja de Rubí, los cuales dependen del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y son gestionados por el Consorcio Sanitario de Terrassa.

Participantes. Treinta y ocho profesionales de atención primaria, repartidos en 5 grupos independientes de 8 médicos, 9 enfermeros, 3 trabajadores sociales, 9 administrativos y 9 auxiliares.

Mediciones. La metodología es cualitativa y la técnica utilizada el grupo focal. Se realiza el análisis de las transcripciones de las sesiones mediante análisis de contenido, clasificando la información obtenida en categorías temáticas.

Resultados. Se identifican opiniones sobre la definición de trabajo en equipo, aspectos fundamentales para su buen funcionamiento, limitaciones con las que se encuentran los profesionales en la actualidad y soluciones propuestas para superar dichas limitaciones.

Conclusiones. Se especifican como aspectos fundamentales para el buen funcionamiento del equipo la definición de objetivos, la delimitación clara y estructurada de las funciones de cada grupo profesional, la participación de todos sus componentes en la toma de decisiones, la comunicación y las actitudes activas y facilitadoras del trabajo en equipo. Se consideran como limitaciones la indefinición de funciones, la escasa realización de reuniones, la heterogeneidad existente dentro de los equipos, la escasa formación en trabajo en equipo y las actitudes pasivas y desadaptativas. Se plantean como alternativas la formación, las acciones del coordinador, la mayor realización de reuniones y el cambio de actitudes.

Palabras clave: Equipo atención primaria; Investigación cualitativa; Trabajo equipo.

VIEWS AND EXPECTATIONS OF PRIMARY CARE PROFESSIONALS ON TEAM-WORK

Objective. To find the views and expectations of professionals working at primary care centres on team-work.

Design. Qualitative study. Focus group.

Setting. The study was conducted during May 1997 at the following primary care centres: Terrassa North, Sant Llatzer (Terrassa) and Antón de Borja (Rubí). These PCCs depend on the Department of Health and Social Security and are managed by the Terrassa Health Consortium.

Participants. 38 primary care professionals, distributed in 5 independent groups of 8 doctors, 9 nurses, 3 social workers, 9 clerical staff and 9 auxiliaries.

Measurements and results. Qualitative methodology and focal group technique were used. Contents of session transcriptions were analysed and the information classified according to themes. Views on the definition of team-work, basic aspects of its proper functioning, restrictions met by professionals at present and suggestions to overcome these restrictions were all identified.

Conclusions. The setting of objectives, the clear and structured definition of the functions of each professional group, the participation of all the team components in decision-taking, communication, and positive enabling approaches to team-work were all specified as basic features of the team's proper functioning. Ill-defined functions, few meetings, heterogeneity within the teams, scant team-work training, and passive and ill-adapted approaches were seen as restrictions. Training, the coordinator's activities, more meetings and changes in attitude were posed as alternatives.

(*Aten Primaria* 2000; 26: 309-313)

Correspondencia: Mónica Viñas.
C/ Pedrell, 145, 1.º, 2.º. 08032 Barcelona.

Manuscrito aceptado para su publicación el 25-V-2000.

Introducción

A raíz de la reforma de atención primaria, nuestro país apostó decididamente por el modelo de los equipos de atención primaria (EAP) para cubrir las necesidades básicas de salud de la población. La Ley general de Sanidad delegó en el EAP la función de desarrollar la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud¹.

Durante los últimos años, se ha ido reflexionando sobre la organización del trabajo en equipo, y es evidente que existen múltiples factores que potencian la disgregación y falta de integración de los profesionales en el sistema de trabajo en equipo². En diversas ocasiones oímos expresiones bastante desmoralizadoras de aquellos profesionales que trabajan en los EAP y no han conseguido progresar en los objetivos más elementales de la atención primaria.

Muchos de los problemas existentes en el funcionamiento de los equipos derivan de una política de gestión de recursos inadecuada. En la actualidad, la política sanitaria va encaminada a poner en práctica nuevos sistemas de gestión que responsabilicen a los propios profesionales de gestionar los recursos disponibles, asumiendo éstos el riesgo de una actuación deficiente, lo cual supondría mayor autonomía en la toma de decisiones sobre la organización del centro favoreciendo la motivación y satisfacción de dichos profesionales³. Estos nuevos sistemas de gestión, aparte de tener una gran aceptación por parte de los profesionales, parecen tener claras ventajas en la organización del trabajo en equipo, aunque no se cuenta con las experiencias suficientes para poder realizar un análisis riguroso que lo apoye⁴.

El objetivo del presente estudio ha sido conocer la opinión de los profesionales sanitarios que forman parte

del EAP, respecto al funcionamiento del trabajo en equipo. Saber cuáles son para ellos las limitaciones con las que se encuentran en el día a día y qué soluciones plantean para superar dichas limitaciones y mejorar la calidad de los servicios ofertados a la población.

Material y métodos

Los sujetos de estudio fueron profesionales de atención primaria distribuidos en 5 grupos: uno de médicos, uno de enfermeros, uno de trabajadores sociales, uno de auxiliares y uno de administrativos. Los grupos fueron formados entre 38 profesionales que trabajaban en los Centros de Atención Primaria Sant Llatzer Terrassa Nord de Terrassa y Antón de Borja de Rubí, centros que dependen del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y son gestionados por el Consorcio Sanitario de Terrassa.

El estudio se realizó durante el mes de mayo de 1997.

La metodología utilizada fue cualitativa y la técnica elegida el grupo focal. Un grupo focal es la realización de una reunión de un pequeño número de personas, para obtener información en un ambiente agradable con un formato de conversación que estimula el debate y la confrontación⁵. La discusión debe ser relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes, ya que exponen sus ideas y comentarios en un grupo de personas que poseen ciertas características similares; se obtienen datos cualitativos en una conversación guiada y grabada para su reproducción⁶.

El hecho de que los grupos fueran escogidos según categoría profesional nos ha permitido una visualización más clara y diferenciada de los contenidos, favoreciendo mayor participación y complicidad entre los componentes.

La formación de cada grupo se hizo con ayuda de los adjuntos de enfermería y coordinadores médicos de los referidos centros. Como el objetivo era recoger un amplio abanico de opiniones, se identificaron los subgrupos más relevantes del grupo diana, asegurando que en cada discusión apareciese el máximo de opiniones posibles. La homogeneidad entre las personas del grupo también era un factor a tener en cuenta para favorecer una discusión espontánea y libre. El número de participantes escogido fue de 7-10 personas; específicamente, en el grupo de trabajadores sociales, los participantes fueron 3, uno de cada centro.

En la realización de las sesiones participaron una moderadora con experiencia previa en la técnica del grupo focal y los miembros del equipo investigador, los cuales realizaron las tareas de observación. Inicialmente, se expuso el motivo del estudio, los objetivos y la metodología utilizada. A continuación la moderadora expuso

el tema a debatir y abrió la discusión controlando y dirigiendo la dinámica del grupo, haciendo progresar la conversación hacia el objetivo propuesto. El observador fue el responsable de recibir a los participantes, distribuir a las personas alrededor de la mesa, asegurar el funcionamiento del equipo de grabación y anotar la información pertinente, la cual podía ser relevante en la obtención de resultados. El material utilizado fue una grabadora y unas hojas de registro, donde se detallaba el número de participantes, el centro de donde provenían, el diagrama del escenario y la información anotada por el observador.

Una vez finalizadas las reuniones, y partiendo de la grabación de las sesiones, se realizó la transcripción mecanografiada, que juntamente con la información recogida por el observador constituiría la base para el análisis.

El método utilizado para analizar el material fue el análisis de contenido (AC). El AC es un método para leer y interpretar el contenido de toda clase de documentos y más concreta, aunque no exclusivamente, los documentos escritos. El objetivo del AC consiste en clasificar la información en categorías temáticas, midiendo la frecuencia, orden e intensidad de las palabras, frases o expresiones⁷.

El proceso de análisis utilizado se especifica a continuación:

Primera fase. Simplificación de los datos. Cada miembro investigador realizó la lectura con detenimiento de cada uno de los textos resultantes de la sesión en la que había participado como observador, extrayendo el máximo de opiniones posibles, delimitando el contenido y eliminando la información no relevante.

Segunda fase. Segmentación del material. A continuación se distribuyó la información obtenida de cada sesión por segmentos temáticos.

Tercera fase. Creación de categorías. Se unificaron los segmentos temáticos de todas las sesiones realizadas y como resultado se obtuvieron las categorías consensuadas por todos los miembros investigadores, las cuales delimitarían los contenidos en la exposición de resultados. Dichas categorías son:

- Definición de trabajo en equipo y aspectos fundamentales para su funcionamiento.
- Limitaciones del trabajo en equipo.
- Soluciones y alternativas para superar dichas limitaciones.

Resultados

Definición de trabajo en equipo y aspectos fundamentales para su funcionamiento

- *Objetivos bien definidos, aceptados y asumidos por cada miembro del*

equipo y dirigidos a la salud y a la satisfacción del usuario. La mayoría plantean la necesidad de que el equipo trabaje conjuntamente hacia el logro de objetivos.

– *Definición y clarificación de funciones de cada grupo profesional, de forma independiente y en colaboración con el equipo.* Aspecto que tanto el grupo de médicos como de enfermeros consideran esencial para que la consolidación de los objetivos sea posible. Así lo define el grupo de enfermeros: «Lo fundamental es tener muy claro cada uno lo que pensamos hacer dentro de nuestra profesión y tener muy claro el equipo donde estamos, cuál es la parcela que tenemos de autonomía, cuál la que tenemos en conjunto y cuáles son los objetivos de nuestra asistencia.»

– *Participación de todos los profesionales en la solución de conflictos y relación mutua de ayuda y colaboración* son los criterios sobre los que el grupo de administrativos incide para la obtención de objetivos: «Un trabajo en equipo, si sale un problema, se ha de ver la repercusión que tiene en el ámbito de enfermería, de médicos, de administrativos...».

– *Relación de respeto y de igualdad*, es el aspecto que el grupo de auxiliares centra como fundamental: «El equipo somos todos, desde el que está arriba hasta la última persona, todos somos importantes.»

– *Comunicación entre sus componentes mediante la realización de reuniones.* Así lo manifiesta el grupo de trabajadores sociales: «Yo entiendo por equipo hacer reuniones sistemáticas donde la gente se encuentre y pueda hablar de aquellos casos que les preocupa para entre todos dar posibles soluciones.»

– *Actitudes activas, adaptativas y facilitadoras de la relación en equipo.* Todos los grupos están de acuerdo en que el trabajo en equipo no es posible sin la existencia de este factor. Así lo define el grupo de administrativos: «Si a ti te piden un favor de algo que sale fuera de lo normal, y a ti no te toca hacerlo, y tú puedes, pues lo haces para que el trabajo tire hacia delante; para mí eso es trabajo en equipo.»

Limitaciones de trabajo en equipo

- Escasa percepción colectiva de unidad. La mayoría manifiesta diversos aspectos que dificultan actuar de mo-

do conjunto en el cumplimiento de objetivos. Así lo afirma el grupo de administrativos: «El trabajo en equipo realmente no va, nos necesitamos mutuamente para trabajar, pero decir enfermeras, médicos, administrativas... trabajando juntos para algo, no.»

– *Escasa clarificación de funciones.* El grupo de médicos y enfermeros expresa que esto genera en ocasiones conflictos por resistencia a realizar tareas, en la creencia errónea de una servidumbre mutua: «Hay personas que no tienen claro cuáles son sus funciones, y entonces se sienten mandados o utilizados dentro de la consulta.» Con relación a esto, en el grupo de médicos aparecen dos puntos de vista; unos piensan que para evitar conflictos es necesario la definición clara y estructurada de las funciones de cada profesional; otros, en cambio, opinan que no es tan importante la definición de funciones como el producto final, y manifiestan que existe la tendencia de centrarse demasiado en las tareas propias, olvidando en cierta manera el trabajo global: «Cada uno ha de saber cuáles son sus funciones, pero yo creo que han de estar siempre dirigidas a lo mismo; a veces creo que nos confundimos un poquito.»

– *Heterogeneidad existente dentro de los equipos en cuanto a formación, experiencia, personalidad, expectativas y filosofía.* Tanto el grupo de administrativos como de médicos coincide en que este aspecto dificulta mucho la relación: «Las formas de ser diferentes, la formación, los objetivos que a pesar de ser los mismos todos los vivimos de forma diferente, los ideales también, entonces el ambiente no es tan común.»

– *Creación de los equipos sin utilización de criterios en cuanto a características personales y profesionales.* Tanto el grupo de médicos como el de enfermeros consideran que los equipos se forman equivocadamente en función de características circunstanciales, y que esto provoca que haya muchos puntos de vista y de trabajar diferentes: «Los equipos están forzados en el sentido de que hay que colocar diferentes profesionales sin tener un deseo común y enfoque común a la hora de formar este equipo.»

– *Escasa formación de los componentes del equipo en técnicas de trabajo en equipo.* El grupo de trabajadores sociales considera que los profesionales no están lo suficientemente entrenados y no poseen las herramien-

tas necesarias para conseguir una buena comunicación que permita la unificación de criterios: «Te encuentras con gente que viene de diferentes disciplinas pero salen con su titulación y pocos saben lo que es trabajar en equipo, y entonces cada uno sale con su metodología de trabajo y no hay una forma común, no hay posibilidad de entendimiento porque no hablamos un lenguaje mínimamente unificado.»

– *Escasa realización de reuniones.* Aspecto que resalta el grupo de trabajadores sociales, el cual limita la comunicación: «Las reuniones no se dan, la primaria está muy saturada, tanto médicos como enfermeras van saturados de trabajo, no hay tiempo ni un espacio para hacer estas reuniones.»

– *Existencia de desigualdades en cuanto a participación para la toma de decisiones.* Específicamente, el grupo de administrativos refiere un sentimiento de exclusión dentro del equipo en el ámbito de participación en la toma de decisiones o en trabajos de investigación, y describen que su intervención es únicamente de colaboración y apoyo en la realización de tareas: «A las administrativas siempre nos han tenido en un segundo término, el trabajo en equipo es muy reducido, es el que necesitan que tú les saques unas historias y les pases una información, pero, ya por inercia, decir que en todos los trabajos se tendrá en cuenta a cada uno de los estamentos, no.» Este sentimiento es compartido por el grupo de auxiliares, quienes afirman escasa participación en las reuniones y consideran estar en situación de discriminación, por el no compartimiento de compensaciones económicas en el cumplimiento de objetivos: «Los auxiliares estamos un poco colgados, a veces nos enteramos de las cosas después de un mes.»

– *Presencia de actitudes negativas.* Todos los grupos coinciden en este aspecto. Así lo expresa como ejemplo el grupo de asistentes sociales: «Muchos profesionales se ponen de una manera que yo lo sé todo, no tengo nada que aprender y por lo tanto como yo actúo o lo que hago ya está bien y que no me compliquen la vida.»

Alternativas para superar las limitaciones

– Definición clara y estructurada de las funciones de cada profesional. Es-

ta alternativa la propone el grupo de enfermeros y médicos. El grupo de médicos especifica que este aspecto ha de ir acompañado siempre de un factor de coordinación que permita asumir cierta flexibilidad en función de la demanda y de las necesidades asistenciales: «Yo, cuando digo que cada uno ha de tener sus funciones claras, lo digo con mentalidad de voluntad de coordinarse con los otros.»

– *Acciones del coordinador.* El grupo de enfermería centra al coordinador como eje responsable de intentar formar equipos lo más homogéneos posibles y de motivar y incentivar adecuadamente a sus componentes: «Sería una estrategia de los coordinadores intentar hacer una criba de los profesionales de manera que puedan responder a los objetivos», «Si tienes unos coordinadores que tienen muy claro que se ha de trabajar en equipo, se puede potenciar este trabajo en equipo y ellos son un eje muy importante».

– *Formación de los equipos en dinámica de trabajo en equipo.* Este aspecto es propuesto por el grupo de trabajadores sociales, y a partir de aquí plantea que cada centro debería realizar una evaluación de las necesidades de salud específicas de su área y crear un plan de trabajo alcanzando acuerdos en aspectos asistenciales como son los objetivos, las tareas y los procedimientos: «La formación de trabajo se debería hacer desde las propias áreas y ver cuáles son las necesidades de cada equipo para abordar los problemas de salud de la población, y en función de esta valoración, establecer un plan de trabajo y las estrategias necesarias.»

– *Cambio de actitudes.* Todos los grupos apuntan la necesidad de una relación de colaboración, respeto y ayuda entre sus componentes. Así lo afirma el grupo de trabajadores sociales y el grupo de enfermeros, respectivamente: «Es necesaria la actitud de colaborar, de pedir ayuda al otro y no movernos en estas individualidades», «se trata de compartir, y para compartir hay que aprender».

Discusión

Los resultados de los grupos focales por su naturaleza cualitativa no pueden ser inferidos a la población general⁸; de hecho no es un objetivo que se pretendía al elegir este tipo de diseño, sino obtener opiniones que nos permitieran comprender el punto de

vista de las personas entrevistadas con relación al tema de estudio.

El enfoque adoptado en el diseño de tipo cualitativo justifica el tipo de muestra utilizado, por lo que no nos hemos basado en muestras representativas desde el punto de vista estadístico, sino en opiniones de gente que permitan conocer, interpretar y analizar diferentes perspectivas⁹.

Según los criterios de validez expuestos por Guba y Lincoln¹⁰, se han conseguido criterios de *credibilidad* mediante la ilustración de las afirmaciones más representativas de los participantes en la exposición de resultados, y de *transferabilidad* por la posibilidad de extrapolar la información recogida a equipos de otros centros de atención primaria. Sobre los criterios de *confirmabilidad* (neutralidad del investigador), el grupo investigador está formado por profesionales de enfermería, lo cual podría suponer algún sesgo de interpretación de los datos ofrecidos por este grupo profesional. Por otra parte, ningún miembro investigador había ejercido su profesión en centros de atención primaria ni en el seno del EAP, lo cual favorece una escasa implicación subjetiva durante el desarrollo del análisis, ni en la obtención de resultados.

Según los participantes del presente estudio, para que un equipo funcione es necesario que sus miembros asuman unos objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto mediante la participación, la comunicación y una relación jerárquica horizontal. Pero, a pesar de evidenciar unas definiciones bastante consolidadas, los resultados obtenidos nos muestran la existencia de una situación, en la cual el concepto de trabajo en equipo no está profundamente integrado, debido a múltiples factores.

Los resultados muestran que tanto el grupo de médicos como de enfermeros reclaman la definición clara y estructurada de las funciones de cada profesional para evitar conflictos entre ellos en el compartimiento de tareas. Algunos autores¹¹ opinan que las discrepancias surgen especialmente entre estos 2 grupos, ya que enfermería ha evolucionado hacia un rol más autónomo e independiente, con la consecuencia de que el médico solicite mayor colaboración por parte de enfermería en su consulta, y enfermería en ocasiones se

resista a asumir tareas que no considera propias. Otros autores² opinan que existen desigualdades entre las cargas de trabajo soportadas por los profesionales, lo que genera conflictos y agravios entre ellos. Al mismo tiempo, en nuestro estudio se afirma que la organización del trabajo no debe ir únicamente orientado a la distribución de tareas, olvidando el cliente o el objetivo final, ya que esto supondría una despersonalización del paciente y una funcionalización de los profesionales. Los participantes de este estudio llegan a la conclusión de que es necesario la definición clara y estructurada de las funciones, pero sin olvidar que el trabajo es conjunto, que debe ir dirigido a un objetivo común, y que para ello hay que asumir cierta flexibilidad en función de los cambios que surgen y crear mecanismos de coordinación, que posibiliten la colaboración y la relación entre sus componentes.

Una de las características que también se expone en este estudio, y que coincide con otros^{12,19}, es que la comunicación entre los profesionales es insuficiente, fundamentalmente por la escasa realización de reuniones. Algunos autores² lo achacan a la presencia insuficiente de espacios físicos para realizar dichas reuniones. En función de la evaluación de estudios realizados en equipos de países europeos¹³, podemos considerar que las reuniones de equipo no van en detrimento de la dedicación asistencial, sino que por el contrario la potencian. Las opiniones observadas muestran que los encuentros son imprescindibles para desarrollar el trabajo en equipo y que es necesario establecer un plan sistemático de reuniones que facilite la comunicación y posibilita la solución de conflictos mediante acuerdos asistenciales.

Coincidimos con la aportación realizada por otros autores¹⁴, en que la heterogeneidad existente entre los componentes del equipo constituye una fuente de dificultades. Tanto el grupo de enfermeras como de médicos plantean como posible solución que se tengan en cuenta las características personales y profesionales en la creación de los equipos. Esto generalmente no es posible por parte de las gerencias, debido al marco legal existente. Algunos autores¹⁵ proponen dar un fuerte impulso de salida a los equipos de nueva creación ha-

ciendo una selección previa del personal, uniendo profesionales con un alto grado de motivación para que se potencien mutuamente.

Uno de los recursos posibles destacados por el grupo de trabajadores sociales es el tema de la formación sobre trabajo en equipo. Se coincide con otras opiniones¹⁶ en que existe una falta importante de cultura de trabajo en equipo, lo que supone una mayor heterogeneidad en cuanto a formas de trabajar y de visualizar el equipo. En los últimos años se han hecho progresos con la introducción de esta cultura, sobre todo a partir de enseñanzas impartidas en los programas de formación posgraduada de medicina familiar y en los de formación continuada. Esto facilitará que los futuros profesionales tengan mayor facilidad para desarrollar el trabajo en equipo. Pero, como muestra nuestro estudio, no hay que rechazar que esta formación se prolongue en los propios centros de trabajo y que se dedique un espacio dentro de las sesiones de formación continuada para un adiestramiento adecuado de los profesionales en cuanto a técnicas de trabajo en equipo, como punto de partida de su desarrollo.

Un elemento que se propone en este estudio como eje potenciador y facilitador es la figura del coordinador. Diversos autores¹⁷ hacen referencia a la importancia de que los coordinadores asuman el papel de impulsores, tanto en los aspectos asistenciales directos como en el desarrollo de los equipos en los ámbitos de la investigación, de la docencia y de la formación continuada.

Se podría concluir con una aportación que aparece frecuentemente en nuestro estudio y que no ha sido especialmente comentada en otros, nos referimos al tema de las actitudes. Algún autor¹⁸ afirma que se percibe una notable relación entre la buena marcha del equipo y un factor de voluntariedad de los profesionales. Es evidente que hoy día todavía existen actitudes que dificultan el trabajo en equipo, ya sea por una experiencia de trabajo arraigada al sistema tradicional, o por determinadas características profesionales y personales. Los componentes que se han comentado anteriormente inciden notablemente, pero ninguna propuesta de cambio será lo suficientemente útil sin que los propios profesionales asuman el compromiso de trabajar en

equipo como único sistema viable de trabajo, lo que supone cierta dosis de esfuerzo y sacrificio personal. Los resultados obtenidos nos muestran que la reflexión es necesaria, no sólo para mejorar la calidad de los servicios ofertados sino también para aumentar la satisfacción de los propios profesionales. Si no conseguimos que se trabaje en equipo eficazmente, el modelo de atención primaria no desarrollará todas sus potencialidades. Con estas conclusiones proponemos que las nuevas líneas de investigación vayan dirigidas a intentar definir cuáles son las mejores formulas de organización en el trabajo en equipo y a conocer las ventajas e inconvenientes que sobre este campo tienen en la práctica los nuevos sistemas de gestión, con los cuales se intenta implicar mayormente a los profesionales tanto en la gestión de los recursos como en la organización de los centros. Todo ello con el fin de adoptar soluciones reales y no quedarnos en la mera insatisfacción de los profesionales y de los usuarios que reciben asistencia.

Agradecimientos

Al grupo de profesionales que participaron en las sesiones.

A Margarita Pla por sus aportaciones en técnicas de investigación cualitativa y por su contribución en la realización de las sesiones como moderadora.

A Isabel Cuevas por su colaboración en la realización de la investigación.

Bibliografía

1. García Agúndez A, Navas Alonso M. Organización en los equipos de atención primaria. *Centro de Salud* 1999; 7: 261-264.
2. Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 100-114.
3. Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN 1996. Autogestión en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 21: 482-488.
4. Corrales Nadal A. Ventajas e inconvenientes de descentralizar la gestión en los equipos. *Aten Primaria* 1996; 17: 547-548.
5. Iñiguez Rueda. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999; 23: 496-502.
6. Krueger RA. El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide, 1991.
7. Leininger M. Qualitative research methods in nursing. Orlando: Grune & Stratton, 1985.
8. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and services research. *BMJ* 1995; 311: 42-45.
9. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 3.111: 109-112.
10. Colás P, Buendía L. La investigación educativa. Sevilla: Alfar, 1992.
11. Gómez Gascón T. El equipo de salud multidisciplinario. *Aten Primaria* 1990; 7: 535-536.
12. Gené Badia J. Diez años de trabajo en equipo. *Aten Primaria* 1994; 14: 529-531.
13. Jansson A, Isacsson A, Lindholm LH. Organization of health care teams and the population contacts with primary care. *Sd J Prim Health Care* 1990; 10: 57-65.
14. Martín Zurro A. Reflexiones sobre la programación en atención primaria. *Aten Primaria* 1991; 8: 363-366.
15. Apecechea Iparraguirre K, Domingo Martín R, Martín Berenguer M. La organización en los centros de salud y equipos de atención primaria. *Centro de Salud* 1999; 7: 466-471.
16. Buitrago Ramírez F. El trabajo en equipo en atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 181-182.
17. Fernández Ferré M. El coordinador médico y de enfermería en los equipos de atención primaria. *Aten Primaria* 1990; 7: 165-166.
18. Altisent R. Una ética para el futuro del equipo de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 15: 9-10.
19. Murciano Antón M, Odriozola Aranzabal G, De Gracia Guillamón B. Comunicación en el equipo de atención primaria. *Centro de Salud* 1999; 7: 634-636.
20. Martín Zurro A, Palet Ferrero X, Solé Bas C. El equipo de atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Manual de atención primaria*. Barcelona: Doyma, 1989; 29-39.
21. Gené Badia J. Diez años de trabajo en equipo. *Aten Primaria* 1994; 14: 529-531.
22. Vázquez Díaz JR, León García J. ¿Equipos de atención primaria? *Aten Primaria* 1991; 8: 831-832.
23. De la Cuesta C. Investigación cualitativa en el campo de la salud. *Rol de Enfermería* 1997; 232: 14-16.
24. Poli D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: McGraw-Hill-Interamericana, 1997.
25. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Paidós Comunicación, 1980.